

Nom et Prénom :

BILAN DENTAIRE OBLIGATOIRE
 (à renseigner par le résident ou son représentant)

Date de la dernière visite chez le dentiste :

Nom du dentiste :

Le résident s'occupe-t-il **lui-même** de son hygiène bucco-dentaire ? : Oui Non

Brossage des dents : Complet Partiel Pas du tout

Nettoyage du ou des appareils : Complet Partiel Pas du tout

Pathologie(s) affectant le résident pouvant être aggravée(s) par un mauvais état bucco-dentaire :

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | Diabète : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Cancer ou maladie hématologique nécessitant une chimiothérapie : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| Pathologie valvulaire cardiaque : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| Pathologie immunitaire : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |

Autres :

L'état bucco-dentaire du résident :

- | | | |
|---|-------------------------------|----------------------------------|
| L'empêche-t-il de manger ce qui lui plaît ? : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Implique-t-il une texture alimentaire particulière ? : | Mixé <input type="checkbox"/> | Liquide <input type="checkbox"/> |

EXAMEN DENTAIRE SUGGERE *
 (à renseigner par le Chirurgie Dentiste)

Port de **prothèses dentaires** ? : Oui Non

Si oui, position des prothèses : Bas Haut

Port de **couronnes** ? : Oui Non

Si oui, soins particuliers :

Les éventuelles prothèses dentaires sont-elles adaptées ? : Oui Non

Y a t'il nécessité de changer les prothèses dentaires ? : Oui Non

Remarques :

Délai souhaité pour une **prochaine visite dentaire** :

Date :

Cachet et signature :

* Nous vous suggérons par mesure de prévention de faire réaliser un examen dentaire.